



Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde – FACES
Curso de Psicologia

Estresse, qualidade de vida e enfrentamento em portadores de
cardiopatias

Roseli de Fátima Martins

Brasília
Junho de 2018

Estresse, qualidade de vida e enfrentamento em portadores de
cardiopatias

Roseli de Fátima Martins

Artigo apresentado na disciplina
“Produção de artigo” do sétimo
semestre do curso de Psicologia do
Centro Universitário de Brasília –
UniCEUB.

Orientadora: Doutora Suely
Guimarães

Brasília
Junho de 2018

Sumário

Introdução.....	5
Método.....	11
Participantes.....	11
Local.....	11
Instrumentos.....	11
Procedimento.....	12
Resultados.....	13
Discussão.....	17
Referências.....	19
Anexos.....	21

Resumo

Doenças cardiovasculares são altamente prevalentes no Brasil. O estresse associado a outras variáveis, como aspectos emocionais, nível socioeconômico e baixo suporte social, pode contribuir para o surgimento de doenças crônicas. O objetivo desta pesquisa foi investigar o nível de estresse, de qualidade de vida e os modos de enfrentamento em pessoas hospitalizadas portadoras de cardiopatias. Participaram do estudo sete cardiopatas com idades entre 34 e 68 anos. Utilizou-se Questionário de dados Sociodemográficos, Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP, Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (SF-36) e Inventário de Estratégias de *Coping* conforme Folkman e Lazarus. Os resultados mostraram predominância de estresse na fase de exaustão, baixa renda, baixo grau de escolaridade e cardiopatias associadas a outras doenças. Os estudos dos fatores associados ao estresse e qualidade de vida são importantes para o processo de promoção de saúde.

Palavras-chave: estresse, qualidade de vida, enfrentamento, cardiopatias

Abstract

Cardiovascular diseases are highly prevalent in Brazil. The stress associated with other variables, such as emotional aspects, socioeconomic status and low social support, may contribute to the emergence of chronic diseases. The objective of this research was to investigate the level of stress, quality of life and coping modes in hospitalized people with heart diseases. Participated in this study seven cardiac patients aged 34 and 68 years. We used Demographic data survey, Stress Symptoms inventory for adult LIPP, evaluation questionnaire of quality of life (SF-36) and Coping strategies inventory as Folkman and Lazarus. The results showed predominance of stress exhaustion stage, low income, low educational level and heart diseases associated with other diseases. Studies of the factors associated with stress and quality of life are important to the process of health promotion.

Key words: stress, quality of life, coping, cardiopathies

Saúde é importante fator para o desenvolvimento social, econômico e pessoal. A organização mundial de saúde (OMS) conceitua saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social. Para que haja saúde a pessoa necessita de paz, habitação, alimentação, educação, renda que proporcione poder de compra, recursos sustentáveis, ecossistema estável, justiça social e equidade (Mendonça, Ferreira, & Zanini, 2012).

A organização das Nações Unidas (ONU), da qual o Brasil faz parte, tem se preocupado com o controle e erradicação de várias doenças no mundo. Em 2011 o Brasil apresentou, na reunião da ONU, seu plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022. As metas traçadas para os próximos dez anos tem como objetivo enfrentar, controlar, prevenir e deter principalmente as doenças crônicas não transmissíveis de maior magnitude (Malta, Oliveira, Santos, Andrade & Silva, 2016).

Por meio dos pactos de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem traçado estratégias para realizar ações de promoção de saúde e redução dos fatores de riscos a saúde. As práticas educacionais são priorizadas visando mudanças de estilo de vida e melhoria na qualidade de vida das pessoas. Estudos têm sido conduzidos buscando recursos para desenvolver técnicas e métodos de treinamentos para qualificação dos profissionais da atenção primária, que é a porta de entrada do sistema (Azevedo, Silva, Tomasi & Quevedo, 2013).

O governo brasileiro priorizou ações para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. Dentre elas destacaram o uso racional de medicamentos, hábitos de vida saudável, programas de saúde, controle da obesidade, alimentação saudável, combate ao tabagismo e consumo nocivo de álcool, envelhecimento ativo, cuidado integral, assistência farmacêutica e programa Melhor em Casa (Malta, et al., 2016).

De acordo com a proposta da Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge, nos Estados Unidos (1957), doença crônica é aquela que possui uma ou mais das seguintes características: “permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados” (Azevedo et al., 2013, p. 1).

Os índices de mortalidade prematura são elevados em decorrência de doenças crônicas não transmissíveis no mundo. Acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, foram responsáveis por cerca de 74% das causas de mortes no Brasil, em 2012 (Malta, et al., 2016).

Segundo dados da OMS, as doenças crônicas que mais levam pessoas a óbito são as doenças cardiovasculares. Há estimativas de que em 2030, cerca de 23,6 milhões de pessoas morrerão em consequência de doenças cardiovasculares. Existem fatores de risco que podem contribuir para o surgimento desta doença, tais como hereditariedade, idade, diabetes, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo, obesidade e estresse. Dentre estes fatores o que mais se destaca é o estresse, vez que causa arritmias, alterações no processo de coagulação sanguínea, lesões endoteliais, isquemia miocárdica e alteração do sistema nervoso simpático (Oliveira et al., 2012).

O indivíduo diante de um estímulo estressor se mobiliza no intuito de remover o evento. Isso causa uma alteração no equilíbrio do organismo desencadeando diversas reações psicológicas e fisiológicas (Oliveira et al., 2012). Essas alterações podem prejudicar o sistema cardiovascular e causar complicações como infarto do miocárdio, angina do peito, aterosclerose, febre reumática, dano das válvulas cardíacas, arritmias cardíacas e parada cardiorrespiratória (Vasconcelos, Dutra, Oliveira, & Oselame 2013).

Os sintomas causados pelo estresse podem atingir quatro estágios: alerta, resistência, quase exaustão e exaustão. Esses estágios podem ser identificados e medidos em exame clínico e observações comportamentais. O inventário de sintomas de estresse para adultos, desenvolvido por Lipp (2010) é um dos instrumentos utilizados para avaliar o estresse conforme o modelo quadrifásico (Vasconcelos et al., 2013).

A primeira fase do estresse é denominada de alerta. Neste estágio o organismo, diante de um estressor, reage se preparando para o perigo. Cessando o estressor o corpo se recompõe, mas persistindo o estressor o corpo e a mente continuam em estado de alerta (Vasconcelos et al., 2013).

A segunda fase, resistência, exige muita energia gerando desgaste físico e queda na qualidade de vida. A pessoa se sente esgotada, cansada, desanimada, triste, apática, sensível, emotiva e com dificuldade de concentração. A sensação é de estar doente, embora, ainda não esteja (Vasconcelos et al., 2013).

Na terceira fase, a quase exaustão, o organismo perde a resistência ficando propenso ao desenvolvimento de doenças mentais e orgânicas. Podem ocorrer infecções diversas, tumores, perda ou ganho de peso, pressão alta, alteração dos níveis de colesterol e triglicérides e crescente sensação de fadiga. Na quarta fase, a exaustão, o organismo perde totalmente a resistência ao estressor, com possibilidade de desenvolvimento de doenças graves e crônicas, grande sofrimento psíquico e físico, afetando diversos sistemas, podendo levar até a morte (Vasconcelos et al., 2013).

Quanto mais adiantada a fase do estresse, maior a gravidade e a intensidade dos sintomas físicos e psicológicos. As doenças crônicas, principalmente as cardiovasculares, estão diretamente associadas ao estresse e aos hábitos de vida. A atuação dos profissionais de saúde com foco multi e transdisciplinar potencializa as ações em saúde. A postura

colaborativa contribui para a prevenção, controle e tratamento de agravos (Gomes et al., 2016).

Pacientes acometidos por infarto podem ficar muitos dias debilitados com grande perda em suas condições físicas, comprometendo a vida profissional e social. Faz parte das intervenções o acompanhamento psicológico, sugerindo um trabalho multidisciplinar, bem como o incentivo ao autocuidado, com alterações nos hábitos e no estilo de vida. Fatores sociais e psicológicos interagindo com fatores biológicos e químicos podem causar doença arterial coronária (Pimentel, Ferreira, Ruschel & Teixeira, 2013).

A correlação entre qualidade de vida e saúde tem sido tema de estudos científicos e debates políticos desde o século XVIII. Qualidade de vida passou a fazer parte do conceito de saúde, na década de 1960, sendo um dos critérios para avaliar o estado de saúde da pessoa. Qualidade de vida é um construto multifacetado envolvendo aspectos físicos, psicológico, mental, emocional, saúde, educação, poder de compra, família, amigos, escola, sistema de valores, expectativas, objetivos, padrões e concepções. A qualidade de vida deve ser avaliada sob uma perspectiva centrada na pessoa, sobre aspectos fundamentais de sua vida social, relacional e cultural, como percebe e vivencia adequadamente seu ambiente (Mendonça, et al., 2012).

Vários estudos desenvolvidos sobre qualidade de vida e doenças coronárias têm apontado que, após um infarto, a vida não é a mesma para os pacientes e muitos ficam sujeitos à depressão e perdas na qualidade de vida. O coração é um órgão essencial para a manutenção da vida e com as doenças cardíacas suas funções ficam comprometidas, deixando a pessoa mais vulnerável física e psicologicamente, impactando diretamente sua qualidade de vida. O comprometimento se dá em vários aspectos que propiciam a manutenção da vida, como alimentação, finanças, moradia, transporte, realização profissional, entre outros (Chistmann, Costa & Moussalle, 2011).

Dois estudos com pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio, de acordo com a escala SF-36, demonstraram que os pacientes obtiveram melhora na qualidade de vida após a cirurgia. Os homens obtiveram melhores resultados em todas as dimensões avaliadas quando comparados com as mulheres, que levaram mais tempo para se recuperarem. A hospitalização prolongada implicou maior prejuízo nos aspectos sociais, emocionais, em vitalidade e saúde mental (Pimentel et al., 2013).

Em pesquisa recente ficou demonstrado que a qualidade de vida de pacientes cardíacos operados está diretamente ligada à recuperação. As novas técnicas terapêuticas e o surgimento de programas de reabilitação cardíaca, acompanhados por ações educacionais têm proporcionado aos pacientes capacidades vitais restauradas. A intervenção psicológica possibilita trabalhar os sintomas do estresse para que não agravem a condição clínica. Isso assegura o retorno a uma vida ativa e produtiva funcionando bem do ponto de vista físico, mental e social propiciando uma melhor qualidade de vida (Pimentel et al., 2013).

Atualmente surgiram questionamentos sobre o que leva algumas pessoas a resistir emocionalmente a certas adversidades sem se abater. A maneira como uma pessoa enfrenta e responde a uma adversidade estressora e adapta-se a ela influencia diretamente a maneira como lida com a doença crônica. Pacientes com doença cardíaca, e índice alto em resiliência, foram persistentes na continuidade do tratamento e capazes de enfrentar as adversidades e limitações. A resiliência é a habilidade da pessoa lidar com a doença, readaptar-se, aderir ao tratamento e superar as emoções negativas, para o seu bem-estar físico e psicológico (Grings & Vigueras, 2012).

As propostas de intervenção com relação as doenças crônicas, atualmente, incluem aspectos sociais e subjetivos, indo além do biológico. O tratamento é realizado por equipe multiprofissional, onde se busca conhecer os aspectos emocionais, estimulando os fatores protetores e amenizando os fatores de riscos (Grings & Vigueras, 2012).

A doença cardíaca e o tratamento trazem mudanças física, social e psicológica. O portador dessas doenças necessita ajustar-se a nova situação utilizando estratégias de enfrentamento. Esse processo pode ser focado no problema ou na emoção. A escolha da estratégia a ser usada leva em consideração a situação específica vivida, os recursos pessoais, idade, sobrevivência, saúde, energia, crenças, compromissos, habilidades sociais, habilidades para solução de problemas, apoio social e recursos materiais (Resende, Rezende & Silveira, 2012).

O processo de enfrentamento é contextual, de interação indivíduo-meio, onde o indivíduo se mobiliza de forma a tolerar e administrar as demandas que surgem em situações de estresse. A doença é um evento estressor, que demanda habilidades físicas e psíquicas para gerenciar as situações adversas, minimizando os impactos da doença. A hospitalização agrava este quadro, pois a rotina de um hospital segue regras e normas peculiares, às quais os pacientes precisam se adaptar. No contexto hospitalar a percepção da equipe de saúde sobre as estratégias de enfrentamento é primordial para que a prestação dos serviços seja mais humanizada e eficaz (Santos, 2013).

Vários estudos têm investigado as manifestações emocionais em pacientes portadores de doenças crônicas cardiovasculares em ambiente hospitalar. A geração de conhecimentos para melhor entender a relação entre o estresse, a qualidade de vida e o enfrentamento, sobretudo associados a doenças cardiológicas no contexto da internação, permitirá o desenvolvimento de teorias, métodos e estratégias para intervenção clínica e promoção de saúde (Cristmann, Costa & Moussalle, 2011; Quintana & Kalil, 2012; Otto, Amui & Mestre, 2012).

Este estudo teve como objetivo investigar o nível de estresse, de qualidade de vida e os modos de enfrentamento em pessoas hospitalizadas portadoras de cardiopatias.

Metodologia

Trata-se de um estudo correlacional aprovado pelo Comitê de Ética Plataforma Brasil sob o parecer número 2.339.086.

Local

Os dados foram colhidos nas dependências da enfermaria cardiológica e da unidade coronariana do Hospital universitário de Brasília (HUB) onde os participantes se encontravam internados.

Participantes

Participaram da pesquisa sete pacientes (4 M; 3 F), com idade entre 34 e 68 anos, portadores de diferentes doenças cardiovasculares, internados na unidade coronária e na enfermaria de cardiologia. Foram abordados nove pacientes, individualmente, em seu leito e convidados a participarem da pesquisa dos quais sete aceitaram.

Instrumentos

Foram utilizados para a coleta de dados três instrumentos e uma ficha de dados sociodemográficos. Os dados de identificação foram retirados do prontuário eletrônico do paciente no sistema de informática da Unidade de cardiologia do HUB.

- Questionário de dados sociodemográficos: questionário estruturado para coleta de dados clínicos e demográficos contendo variáveis como gênero, idade, situação conjugal, escolaridade, profissão, renda e habitação.

- Inventário de sintomas de stress para adultos de LIPP (ISSL): foi utilizado para avaliar a presença de estresse e a sintomatologia prevalente física ou psicológica, bem como para classificar a fase de estresse na qual o participante se encontrava: alerta, resistência, quase exaustão e exaustão. Este instrumento é estruturado em três quadros referentes às quatro fases do estresse. O primeiro quadro, composto de 15 itens refere-se aos sintomas

físicos ou psicológicos que a pessoa tenha experimentado nas últimas 24 horas e avalia a fase de alerta. O segundo, composto de dez sintomas físicos e cinco psicológicos, está relacionado aos sintomas experimentados na última semana e avalia a fase de resistência e quase exaustão. E o terceiro quadro, composto de 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, refere-se a sintomas experimentados no último mês e avalia a fase de exaustão. A presença de estresse pode ser constatada se qualquer dos escores brutos atingir os limites determinados (maior que seis no quadro 1, maior que três no quadro 2 e maior que oito no quadro 3).

- Questionário de avaliação da qualidade de vida (SF-36): foi utilizado para avaliar o estado de saúde e bem estar. Contém 36 itens, incorporados em oito dimensões: capacidade funcional, desempenho físico, dor, estado geral da saúde, vitalidade, saúde mental, aspectos sociais e emocionais. Estes itens graduam as respostas de 0 a 100, onde a maior pontuação indica melhor estado de saúde. Para análise dos escores é realizada a ponderação dos dados, onde cada questão recebe um valor previamente estabelecido e em seguida são calculados os domínios, chamados de *Raw Scale* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

- Inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus: aplicado para avaliar as estratégias utilizadas para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico. Este instrumento contém 66 itens, dividido em oito domínios: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga e esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva.

Procedimento

Com a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi feito contato com o responsável pela Unidade Coronária do HUB solicitando autorização para a realização da pesquisa. Posteriormente foram contactados os participantes hospitalizados

convidando-os para participar da pesquisa, esclarecendo sobre os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário da participação e o sigilo dos dados individuais.

Após os esclarecimentos e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido foi iniciada a aplicação dos instrumentos. Um dos participantes respondeu lendo os instrumentos e os demais solicitaram que a pesquisadora fizesse a leitura.

Os dados foram coletados nos meses de outubro/novembro/2017.

Os dados sobre a condição clínica foram extraídos do prontuário de cada paciente, arquivado naquela unidade hospitalar.

Resultados

Os sintomas de estresse foram observados em quatro participantes (P1, P3, P5 e P6), sendo que três deles se encontravam na fase de exaustão (P3, P5 e P6), com predominância dos sintomas psicológicos (Tabela 1).

Tabela 1.

Ocorrência de estresse, fase e predominância dos sintomas

Participantes	Estresse	Fase	Sintomas	
			Psicológicos	Físicos
P1	x	resistência	x	-
P2	-	-	incidência de estressores	
P3	x	exaustão	x	-
P4	-	-	-	-
P5	x	exaustão	x	-
P6	x	exaustão	x	-
P7	-	-	-	-

A qualidade de vida foi avaliada em termos de oito domínios (Tabela 2). Os domínios que apresentaram melhor estado, igual a 100, foram os aspectos sociais (P2 e P3), e os aspectos emocionais (P4 e P7). O domínio que apresentou pior estado, valor zero, foi o desempenho físico (P1, P2, P5 e P7), seguido de dor (P1, P4 e P7) e dos aspectos emocionais (P2 e P6). Todos os participantes apresentaram valores inferiores a 52 em mais de 4 domínios.

Tabela 2.

Questionário de avaliação da qualidade de vida (SF-36)

Domínios	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Capacidade funcional	35	60	80	30	0	70	35
Desempenho físico	0	0	75	25	0	75	0
Dor	0	51	41	0	51	42	0
Saúde geral	50	30	50	30	25	30	57
Vitalidade	20	75	40	70	25	55	25
Aspectos sociais	0	100	37,5	100	12,5	25	75
Aspectos emocionais	33,3	0	66,7	100	66,7	0	100
Saúde mental	8	88	36	16	32	52	84

A estratégia de enfrentamento mais utilizada pelos participantes foi reavaliação positiva seguida de fuga e esQUIVA e suporte social. A estratégia menos utilizada foi confronto e afastamento (Tabela 3).

Tabela 3.*Estratégias de coping conforme Folkman e Lazarus*

Domínios	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Confronto	33,33	16,66	27,77	0	33,33	27,77	16,66
Afastamento	42,86	28,57	42,86	42,86	47,62	23,81	38,09
Autocontrole	46,66	46,66	100	53,33	26,66	33,33	46,66
Suporte social	55,55	88,88	16,66	38,88	66,66	66,66	88,88
Aceitação	4,76	33,33	42,86	9,52	57,14	57,14	61,90
Fuga e esquiva	83,33	50	100	83,33	66,66	83,33	66,66
Resolução de problemas	25	66,66	100	25	33,33	50	100
Reavaliação positiva	51,85	62,96	77,77	7,40	70,37	70,37	81,48

Todos os participantes eram alfabetizados e com renda abaixo de três salários mínimos (Tabela 4). A maioria residia com familiares (4) e não tinham parceiro (4).

Tabela 4.*Dados Sociodemográficos*

Participantes	Sexo	Idade	Sit.Conj.	Escolaridade	Profissão	RendaR\$	Moradores
P1	M	68	casado	alfabetizado	maquinista	1.200,00	esposa
P2	M	34	casado	fundamental	marceneiro	2.811,00	esposa/filho
P3	F	50	solteira	superior	advogada	937,00	só
P4	F	68	viúva	alfabetizada	do lar	937,00	filho
P5	M	65	separado	alfabetizado	reciclagem	500,00	só
P6	F	64	casada	fundamental	aposentada	937,00	multigeracional
P7	M	65	separado	médio	pedreiro	937,00	só

Todos os participantes eram portadores de cardiopatias somadas a outras complicações conforme demonstrado no histórico (Tabela 5).

Tabela 5.

Diagnóstico e histórico

Participantes	Diagnóstico	Histórico	Situação atual
P1	infarto agudo miocárdio	sepse pulmonar grave, insuficiência cardíaca, pielonefrite	vigilância infecciosa observações clínicas
P2	taquicardiomiopatia	taquicardiomiopatia, febre reumática, disfunção sistólica, insuficiência cardíaca, tabagismo, etilista social	realização exames observação clínica
P3	infarto agudo miocárdio angina	pré-eclâmpsia	estável
P4	infarto agudo miocárdio	diabetes tipo 2, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial, tabagismo	aguardando cateterismo
P5	insuficiência cardíaca crônica	miocardia isquêmica, dispositivo cardíaco, síndrome cardiorrenal tipo I, hemodiálise	insuficiência cardíaca, pneumonia, miocardia isquêmica precaução de contato
P6	insuficiência cardíaca aguda	doença de chagas, fibriomialgia, dislipidemia, alergias, hipertensão, artrose, ex-tabagista, etilista social	cuidado intensivo aguarda cateterismo
P7	insuficiência venosa crônica	hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, osteoartrose retirada da veia safena, câncer de pulmão, insuficiência venosa crônica, ex-tabagista	cuidado intensivo síndrome coronariana

Discussão

O estudo mostrou que o desempenho físico dos participantes estava bastante comprometido, com melhor resultado nos aspectos sociais.

As cardiopatias são a principal causa de mortalidade e incapacitação entre brasileiros. Pessoas que sofrem de doenças crônicas convivem com várias limitações em diferentes aspectos da vida, refletindo diretamente na qualidade de vida. Nesse aspecto o domínio que apresentou melhor estado, igual a 100, foi aspectos social. O maior comprometimento foi quanto ao desempenho físico, seguido de dor e aspectos emocionais. Todos os participantes apresentaram valor inferior a 52 em mais de quatro domínios.

Os resultados mostraram estresse na fase de exaustão, com predomínio de sintomas psicológicos (57%). Um dos três participantes que não mostraram estresse indicou presença de estressores, assim, caso não ocorra uma intervenção psicológica o quadro pode evoluir para estresse. O manejo do estresse é importante para a diminuição dos seus efeitos negativos sobre a qualidade de vida das pessoas.

A estratégia de enfrentamento mais utilizada pelos participantes foi reavaliação positiva seguida de fuga e esquiva e suporte social. Este envolvimento é positivo, demonstrando uma busca de soluções para a situação enfrentada. Na reavaliação positiva a pessoa busca diminuir a sobrecarga emocional. A utilização de fuga pode estar relacionada a complexidade do ambiente hospitalar, expondo a pessoa a uma rotina intensa e invasiva, sobrecarregando ou excedendo seus recursos, com um quadro de instabilidade colocando em risco seu bem-estar. O suporte social é a forma de buscar atenção, compreensão, compartilhamento de suas angústias e cuidados de outras pessoas para consigo, com o objetivo de um bem estar emocional.

Ressaltou-se a pouca utilização de confronto e afastamento, que podem estar ligados a fuga e esquiva como forma de superar a situação. Isso significa que não recusaram ou negaram ter contato com o fato desestruturante.

Indivíduos em situações altamente estressantes, em geral, desenvolvem habilidades de enfrentamento envolvendo capacidade física e emocional em busca de adaptação ao estressor. Podem eleger, em diferentes graus de intensidade, várias estratégias frente a uma determinada situação. Trata-se de um processo de reformulação com o intuito de modificar a representação que se tem da situação estressora. O modo como cada sujeito enfrenta determinadas situações está associado a sua personalidade e forma interação com o ambiente, que interagem determinando as respostas apresentadas (Bertamoni, Ebert & Dornelles, 2013).

O conjunto dos resultados de todas as variáveis investigadas aponta para a relevância de se identificar e buscar intervenções eficazes para tratamento dos transtornos psicológicos na população de pacientes cardiopatas, tendo em vista seu impacto sobre o risco de desenvolvimento e agravamento de doenças cardíacas.

É importante ressaltar que este estudo tem limitações metodológicas. O período de coleta de dados foi limitado e a amostra foi pequena, sendo que uma amostra maior seria mais significativa e representativa.

Na coleta de dados percebemos a necessidade e a importância de um acompanhamento psicológico para pessoas que são portadoras de cardiopatias graves devido ao alto grau de estresse vivenciado por elas, com isto melhorando a qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- Azevedo, A. L. S., Silva, R. A., Tomasi, E., & Quevedo, L. A. (2013). Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária de saúde. *Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro*, 29(9), 1774-1782.
- Bertamoni, T., Ebert, G., Dornelles, V. G. (2013). Estudo correlacional sobre diferentes Perfis de Estratégias de coping de acordo com os traços de Personalidade. *Alethia*, 42, 92-105.
- Gomes, C. M., Capellari, C., Pereira, D. S. G., Volkart, P. R., Moraes, A. P., Jardim, V., & Bertuol, M. (2016). Estresse e risco cardiovascular: intervenção multiprofissional de educação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (2), 351-359.
- Christmann, M., Costa, C. C., & Moussalle, L.D. (2011). Avaliação da qualidade de vida de pacientes cardiopatas internados em um hospital público. *Revista da AMRIGS*, 55, 239-243.
- Grings, C. O., & Vigueras, E. S. R. (2012). Superando as adversidades: Resiliência diante da doença arterial coronariana. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 10 (32), 55-61.
- Malta, D. C., Oliveira, T. P., Santos, M. A. S., Andrade, S. S. C. A., & Silva, M. M. A. (2016). Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25 (2), 373-390.
- Mendonça, H., Ferreira, M. C. F., Porto, J., & Zanini, D. (2012). Saúde, qualidade de vida e bem estar: Limites e interfaces teórico-metodológicos. Em Ferreira, M. C. & Mendonça, H. (Orgs.), *Saúde e Bem-Estar no Trabalho: dimensões individuais e culturais* (pp. 10-33). SP: *Casa do Psicólogo*.
- Oliveira, G. G., Giacon, T. R., Costa, M. P. T., Bonara, N. H., Silva, N. T., Cabrera, A. S., Souza, N. M., Bernardo, A. F. B., & Vanderlei, L. C. M. (2012). Prevalência de

- Estresse e de suas fases em cardiopatas frequentadores de um programa de reabilitação cardíaca. *Revista Omnia Saúde*, 9 (1), p. 38-45.
- Pimentel, J. F., Ferreira, C. S. B., Ruschel, P. P., & Teixeira, R. C. P. (2013). Qualidade de vida em pacientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 16 (2), 120-136.
- Resende, M. C., Rezende, G. T., & Silveira, R. C. M. P. (2012). Estratégias de enfrentamento, saúde mental e bem-estar subjetivo em adultos com insuficiência cardíaca. *Perspectivas em Psicologia*, 16 (2), 152-171.
- Santos, Q. N. (2013). Estratégias de enfrentamento (coping) da família ante um membro familiar hospitalizado: uma revisão de literatura brasileira. *Psicologia da Saúde*, 21(2), 40-47.
- Vasconcelos, C. R., Dutra, D. A., Oliveira, E. M., Oselame, G. B. (2013). O estresse e as cardiopatias como fatores impeditivos da saúde do trabalhador. *Saúde e Desenvolvimento*, 3 (2), 134-149.

Anexos